

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**TRAUMA, TRAÇOS DEPRESSIVOS DA
PERSONALIDADE E DEPRESSÃO**

Ana Filipa Patrão Costa de Sousa

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde –
Psicologia Clínica Dinâmica**

2020

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**TRAUMA, TRAÇOS DEPRESSIVOS DA
PERSONALIDADE E DEPRESSÃO**

Ana Filipa Patrão Costa de Sousa

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Bruno Gonçalves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde –
Psicologia Clínica Dinâmica**

2020

*Hey you, out there on the road
Always doing what you're told
Can you help me?
Hey you, out there beyond the wall
Breaking bottles in the hall
Can you help me?
Hey you, don't tell me there's no hope at all
Together we stand, divided we fall*

Roger Waters, Pink Floyd

Agradecimentos

Ao Prof. Bruno Gonçalves por ter apresentado o estudo da depressão de uma forma tão desafiante e profunda, que incentivou o meu gosto em querer compreender melhor, pelo rigor científico e pela clareza de ideias, pelo acompanhamento da elaboração do presente estudo com muita atenção e dedicação, por ter sempre apoiado, por ter sido um professor/orientador como nunca tinha tido até então.

Aos professores do Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica pela elevada competência no exercício da docência, pela ajuda nos momentos críticos, pela amizade que todos demonstraram.

A todas as pessoas que aceitaram participar no projeto de investigação “Psicologia e Psicopatologia”, sem as quais não era possível a elaboração da presente dissertação.

À minha amiga Maria, por me incentivar em cada palavra que diz.

Às minhas irmãs pelo companheirismo.

Aos meus pais, que acreditaram sempre em mim e me transmitiram o gosto em aprender.

Ao meu amor Leonel e aos meus amores Lara e Maria Rita.

Resumo

Com a presente investigação pretendeu-se estudar a relação entre os acontecimentos traumáticos, os traços depressivos da personalidade e a expressão de sintomatologia depressiva. Para isso, aplicaram-se três questionários de autorrelato (questionário sociodemográfico, Inventário dos Traços Depressivos e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos), junto de uma amostra, não aleatória da população portuguesa, constituída por 338 participantes (206 do sexo feminino e 132 do sexo masculino), dos quais 153 responderam ter vivido algum tipo de acontecimento traumático. Sobre a vivência de acontecimento traumático, observou-se que 51 participantes viveram trauma interpessoal (morte súbita violenta, ataque armado, ataque físico, violência sexual) e 86 viveram trauma accidental (morte súbita accidental, fogo ou desastre natural, doença ou ferimento com risco de vida).

Os resultados mostraram que existe relação entre a experiência de acontecimentos traumáticos e os traços depressivos da personalidade e a sintomatologia depressiva. Além disso, foi possível observar que quanto mais precoce for a idade em que o trauma foi vivido, maior será a intensidade dos traços depressivos da personalidade e da sintomatologia depressiva. Encontrou-se uma tendência para que o tipo de trauma interpessoal esteja mais relacionado com os traços depressivos da personalidade e com a sintomatologia depressiva, mas esta relação precisa de ser objeto de futuras investigações. Por fim, encontrou-se um efeito mediador dos traços depressivos da personalidade na relação entre a idade que o trauma foi vivido ou o tipo de trauma (interpessoal vs. accidental) e a expressão de sintomatologia depressiva. Por fim, conclui-se assim que a componente depressiva da personalidade contribui para a compreensão do fenómeno depressivo, no sentido em que parece mediar entre a experiência de trauma e a idade em que foi vivido e o desenvolvimento da depressão.

Palavras chave: trauma; traços depressivos da personalidade; depressão.

Abstract

The present investigation aimed to study the relationship between traumatic events, depressive personality traits and the expression of depressive symptoms. For this, three self-report questionnaires (sociodemographic questionnaire, Inventory of Depressive Traits and the Inventory of Psychopathological Symptoms) were applied, along with a non-random sample of the portuguese population ($N = 338$ participants; 206 females and 132 males), of whom 153 responded to having lived some kind of traumatic event. Regarding the experience of a traumatic event, it was observed that 51 participants experienced interpersonal trauma (sudden violent death, armed attack, physical attack, sexual violence) and 86 experienced accidental trauma (sudden accidental death, fire or natural disaster, illness or injury with risk of life).

The results showed that there is a relationship between traumatic events and depressive personality traits and depressive symptoms. In addition, it was possible to observe that the earlier age trauma experience, the greater the intensity of the depressive personality traits and depressive symptoms. There has been a tendency for the type of interpersonal trauma to be related to depressive personality traits and depressive symptoms, but this relationship needs to be the subject of further investigation. Finally, a mediating effect of depressive personality traits was found in the relationship between the age at which the trauma was experienced and the type of trauma (interpersonal vs. accidental) and the expression of depressive symptoms.

Keywords: trauma; depressive personality traits; depression.

Índice

Introdução	1
1. Revisão de literatura	3
1.1 Trauma	3
1.1.1 Tipo de trauma e suas variações psicopatológicas	3
1.2 Trauma e Depressão	5
1.3 Traumas Vividos na Infância como Fatores de Risco para a Depressão na Vida Adulta	5
1.4 Traumas Vividos em Adulto como Fatores de Risco para a Depressão	10
1.5 Trauma e Depressão - O efeito das Variáveis Mediadoras	12
1.6 A Personalidade Depressiva e o seu efeito Mediador na Relação entre Trauma e Depressão	13
2. Objetivos e Hipóteses	19
3. Método	22
3.1 Participantes	22
3.2 Instrumentos	24
3.2.1 Questionário sociodemográfico	24
3.2.2. Inventário dos Traços Depressivos	24
3.2.3 Inventário de Sintomas Psicopatológicos	25
3.3 Procedimento	26
3.4 Procedimento Estatístico	26
4. Resultados	29
4.1 Análise Descritiva	29
4.2 Relação da Experiência Traumática com os Traços e Sintomas Depressivos	30
4.3 Relação da Idade no Momento do Trauma com os Traços e Sintomas Depressivos	31
4.3.1 Relação da idade no momento do trauma com os traços depressivos da personalidade	31
4.3.2 Relação da idade no momento do trauma com os sintomas depressivos	31

4.4 Relação do Tipo de Trauma com os Traços e Sintomas Depressivos.....	32
4.5 Relação entre a Idade no Momento do Trauma e o Tipo de Trauma (Interpessoal ou Acidental).....	33
4.6 Relação entre os Traços Depressivos da Personalidade e a Sintomatologia Depressiva	33
4.7 Análise do Efeito Mediador dos Traços Depressivos da Personalidade na Relação entre Trauma e Depressão	33
5. Discussão de Resultados	36
5.1 Trauma e Depressão	36
5.2 Idade no Momento do Trauma e sua Relação com a Depressão.....	36
5.3 Tipo de Trauma e sua Relação com a Depressão.....	38
5.4 Trauma e Depressão – Efeito Mediador dos Traços Depressivos da Personalidade	38
Conclusão.....	40
Referências.....	42

Índice de Quadros

Quadro 1. <i>Caraterísticas da amostra (N = 338)</i>	23
Quadro 2. <i>Idade no Momento do Trauma: Frequências e Percentagens</i>	29
Quadro 3. <i>Tipo de Trauma: Frequências e Percentagens</i>	30
Quadro 4. <i>Traços Depressivos da Personalidade em Função da Idade no Momento do Trauma – ANOVA</i>	31
Quadro 5. <i>Sintomatologia Depressiva em Função da Idade no Momento do Trauma – ANOVA</i>	32
Quadro 6. <i>Predição da idade no momento do trauma e do tipo de trauma (interpessoal vs. acidental) nos traços e sintomas depressivos – Regressão Linear Múltipla</i>	34
Quadro 7. <i>Efeito mediador dos traços depressivos da personalidade na relação entre a idade do trauma e tipo de trauma e a sintomatologia depressiva – Regressão Linear Múltipla</i>	35

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Modelo de mediação simples dos traços depressivos da personalidade na relação entre a idade em que o trauma foi vivido e a sintomatologia depressiva</i>	28
--	----

Introdução

Em Portugal, em 2018, suicidaram-se 9.6 pessoas em cada 100.000 habitantes (de acordo com os dados apresentados na Pordata, s.d.). O suicídio representou 1.4% de todas as mortes no mundo, tornando-se a 18ª principal causa de morte em 2016, o que significa que aproximadamente 800.000 pessoas morrem por suicídio por ano, ou seja, uma pessoa a cada 40 segundos (Organização Mundial de Saúde, 2019).

As perturbações depressivas, em particular as mais graves, têm como consequência mais dramática, a ideação suicida, evoluindo eventualmente para o suicídio. A nível mundial, estima-se que mais de 300 milhões de pessoas são afetadas pela depressão, equivalente a 4,4% da população mundial (Direção Geral da Saúde, 2017).

Na perspetiva da saúde pública, a depressão está relacionada com a incapacidade, absentismo laboral e aumento da necessidade de utilização dos serviços de saúde (Chartier, Walker, & Naimark, 2007; Merikangas, et al., 2007; Schmitz, Wang, Malla, & Lesage, 2007) e parece ser a primeira causa de incapacidade por doença nas mulheres a nível mundial, sendo mais comum nas mulheres do que nos homens, numa relação de 2 para 1 (Kessler, 2003).

Apesar da existência de linhas de investigação sobre as vulnerabilidades à depressão, ainda existe muito por investigar no sentido de se compreender quem fica deprimido, quando e porquê (Hammen, 2015; Hankin, 2012; Monroe, Anderson, & Harkness, 2019).

Atualmente, uma das linhas de investigação aborda a depressão e personalidade como dois conceitos indissociáveis (Luyten, Blatt, Van Houdenhove, Corveleyn, 2006; Campos 2009; Campos, 2013), pelo que se considera relevante estudar a depressão, enquanto parte integrante da personalidade, ou seja, analisar os traços depressivos da personalidade.

Por outro lado, um dos eventuais preditores da depressão, que mais tem sido estudado por parte da comunidade científica, são os acontecimentos traumáticos, ou, de uma forma mais geral, os acontecimentos críticos/stressantes (Ahl, Cao, Riddez, & Mohseni, 2017; Gonzalez et al., 2012; Kessler et al., 2010; Norman, et al., 2012; Pemberton & Fuller Tyszkiewicz, 2016; Shapero et al., 2014; Vieira, 2018; Wiseman, Curtis, Lam, & Foster, 2015). Neste âmbito, colocam-se algumas questões.

Será que o trauma, e os acontecimentos críticos de uma forma geral, nomeadamente, morte súbita, ataque armado, ataque físico, violência sexual, morte súbita acidental, fogo ou desastre

natural, doença ou ferimento com risco de vida, estão relacionados com a componente depressiva da personalidade e com a sintomatologia depressiva?

Será que é o mesmo viver determinado acontecimento traumático na infância, na adolescência ou na vida adulta?

Todos os traumas estão relacionados com os traços depressivos da personalidade e com a depressão, ou haverá variação psicopatológica consoante o tipo de trauma?

Na procura de compreender a relação entre trauma e depressão, parece que algumas variáveis podem desempenhar um papel de mediação importante (Campos, 2009; Hammen, 2015; Luyten, et al., 2006). Por isso, um aspeto a considerar consiste na componente depressiva da personalidade (constituída pelos traços depressivos) e qual o seu papel na relação entre determinados acontecimentos traumáticos e a expressão de sintomatologia depressiva.

Compreender quais são os fatores preditivos/relacionados com a depressão poderá contribuir tanto ao nível da prevenção no sentido antecipar ou evitar a ocorrência dos fatores de risco e potencializar os fatores protetores, como ao nível do tratamento no sentido de o adequar em função da patologia do paciente.

O presente estudo, enquadrado no âmbito do projeto “Personalidade e Psicopatologia”, coordenado pelo Prof. Doutor Bruno Gonçalves da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, visa investigar a relação entre trauma, traços depressivos da personalidade e depressão na população portuguesa. Para a sua operacionalização, assumiu-se, como variáveis independentes, a vivência ou não de determinado acontecimento traumático, a idade em que o trauma foi vivido e o tipo de trauma (trauma com características interpessoais e trauma com características acidentais) e como variáveis dependentes os traços depressivos da personalidade e a expressão de sintomatologia depressiva.

Este trabalho irá debruçar-se, em primeiro lugar, sobre os estudos empíricos realizados até à atualidade e sublinhar os respetivos achados científicos. Depois, delineiam-se o objetivo geral, os objetivos específicos e respetivas hipóteses. Segue-se a apresentação do método que inclui a caracterização dos participantes e descrição dos instrumentos, procedimento e procedimento estatístico. No quarto capítulo são apresentados os resultados, seguindo-se a sua discussão. Por fim, são elaboradas as conclusões, apontadas as limitações e sugeridas algumas pistas para investigações futuras.

1. Revisão de literatura

1.1 Trauma

O estudo do trauma tem já uma longa história. Freud, inicialmente, apresentou uma teoria traumática. Um trauma ou traumatismo psíquico consistiria “num acontecimento de vida que, em virtude da sua intensidade e da incapacidade de responder de forma adequada por parte do sujeito, provoca um efeito perturbador e patológico ao longo do tempo sobre o funcionamento psicológico” (Laplanche & Pontalis, 1968, p. 499). Posteriormente, reformulou a sua teoria, dando um lugar central ao conflito psíquico. Nesta perspetiva, os acontecimentos externos produzem, mais ou menos, efeitos patológicos em função dos fantasmas e do fluxo de excitação pulsional ativados (Laplanche & Pontalis, 1968). De qualquer modo pode dizer-se que Freud, na passagem do séc. XIX para o séc. XX, sublinha, desde logo, que o efeito patológico é consequência de uma interação entre os acontecimentos externos e o funcionamento psicológico.

Mais recentemente, a maioria da investigação tem estudado a relação entre acontecimentos traumáticos e a perturbação do stress pós-traumática (PSPT).

Segundo a classificação do Manual Estatístico de Diagnóstico das Doenças Mentais, 5ª edição (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), a exposição a eventos traumáticos constitui critério de diagnóstico para as perturbações relacionadas com o trauma e stress, entre as quais a perturbação do stress pós-traumático (PTSD). Estes eventos traumáticos podem ser morte real ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual, através de uma ou mais das seguintes formas: 1) através da experiência direta; 2) por testemunhar a experiência traumática de outra pessoa; 3) por testemunhar a experiência traumática de familiares ou entes queridos; 4) por viver experiências repetidas ou extremas.

Se, por um lado, a PTSD pode relacionar-se com vários tipos de trauma, por outro lado, parece existir uma relação entre tipo de trauma e perfis de sintomatologia de PSPT (Kelley, Weathers, McDevitt-Murphy, Eakin, & Flood, 2009).

1.1.1 Tipo de trauma e suas variações psicopatológicas

Kelley e colaboradores (2009), na procura de perceber se a sintomatologia PSPT varia em função do tipo de trauma, distinguiram três tipos de trauma tendo em conta as características e consequências do acontecimento traumático: abuso sexual (AS), atendendo à duração dos sintomas ao longo da vida; acidente em veículo motorizado (AVM), por não envolver os aspetos interpessoais; morte inesperada de pessoa amada (MIA), por não contemplar ameaça

física direta e devido à elevada prevalência de risco de PSPT. Os resultados revelaram que o abuso sexual constituiu o tipo de trauma que mais agraavou o quadro clínico PSPT. Além disso, parece que a apresentação clínica dos sintomas PSPT é distinta consoante o tipo de trauma, sendo os sintomas relacionados com a perda interpessoal mais significativos no tipo de trauma AS e MIA.

Em 2014, Lancaster, Melka, Rodriguez e Bryant replicaram e ampliaram o estudo anteriormente referido, tendo os resultados confirmado que parece existir sintomatologia específica consoante o tipo de trauma, sendo o trauma sexual aquele que apresentou severidade mais elevada de PSPT em comparação com os traumas acidente em veículo motorizado e morte inesperada de pessoa amada.

No mesmo sentido, Smith, Summers, Dillon e Cogle (2016) exploraram se a severidade da perturbação PSPT varia em função do tipo de trauma, junto de uma amostra constituída por 389 sujeitos com diagnóstico PSPT. Para isso, estudaram três tipos de trauma: trauma sexual, violência física não sexual e perda inesperada de pessoa amada. Observaram que, mais uma vez, o trauma sexual, seguido da violência física não sexual, estão relacionados com os quadros clínicos mais graves de PSPT, sugerindo que a violência interpessoal constitui um fator de risco para a perturbação PSPT.

Em Portugal, Silva (2019) pretendeu analisar a relação entre tipo de trauma e a sintomatologia pós-traumática, tendo observado que, a partir de uma amostra da população geral constituída por 338 adultos, 141 sujeitos relataram evento traumático, dos quais 51 afirmaram ter vivido experiências traumáticas de natureza interpessoal e 90 relataram traumas acidentais. O grupo de pessoas que viveu trauma interpessoal foi subdividido nos seguintes subtipos: morte súbita violenta ($n = 10$); ataque armado ($n = 14$); ataque físico ($n = 12$) e violência sexual ($n = 15$). O grupo de pessoas que viveu trauma acidental foi subdividido em: morte súbita acidental ($n = 29$); acidente grave ($n = 34$); fogo ou desastre natural (13) e doença ou ferimento com risco de vida ($n = 14$). Os resultados mostraram associação, estatisticamente significativa, entre tipo de trauma e sintomatologia psicopatológica, sendo que as pessoas que foram vítimas de violência sexual são aquelas que apresentam maior intensidade sintomática pós-traumática.

1.2 Trauma e Depressão

A depressão tem sido encontrada em comorbilidade na maioria dos diagnósticos dos casos onde se observa história de trauma; pode constituir a principal perturbação pós trauma (Laugharne, Lillee, & Janca, 2010) ou pode resultar de traumas específicos, tais como, experienciar acidente com ameaça de vida, assistir à violência contra outros e ser vítima de abuso sexual (Breslau et al., 2000, citado por Smith et al., 2016).

Segundo um estudo elaborado por Smith e colaboradores (2016), a depressão apareceu em comorbilidade com a PSPT nas situações de trauma de perda inesperada de pessoa amada.

Num estudo realizado recentemente em Portugal, que procurou conhecer a relação entre as experiências traumáticas de carácter interpessoal, repetitivo e múltiplo (também designadas de Trauma Complexo) e a expressão de sintomatologia psicopatológica, observou-se que uma das variáveis constituintes do trauma complexo “Ansiedade e Alteração do Sistema de Significados” encontra-se relacionada com a sintomatologia depressiva (Vieira, 2018).

Hammen (2015), referindo-se, de uma forma mais geral, à ocorrência de episódios stressantes, considera que, apesar destes constituírem fatores de risco para o desenvolvimento da depressão, ainda há muito para compreender sobre a etiologia da depressão. A investigação tem encontrado dois fatores de risco fundamentais relacionados com a depressão: as adversidades vividas na infância e as situações stressantes crónicas e continuadas no tempo (como por exemplo, questões maritais, financeiras e laborais vividas como stressantes). Desta forma, a autora considera ser muito importante estudar a relação entre o carácter precoce, crónico, continuado, cumulativo e próximo das adversidades e o desenvolvimento de psicopatologia.

Na procura de identificar quais os fatores de risco preditores da depressão, no sentido da sua especificidade, parece que a exposição a experiências de vida traumáticas é um dos aspetos a analisar. Assim, importa conhecer melhor a especificidade dos fatores de risco relacionados com a depressão, procedendo-se a um olhar direccionado para duas vertentes: para os traumas vividos na infância e para outros traumas vividos em adulto.

1.3 Traumas Vividos na Infância como Fatores de Risco para a Depressão na Vida Adulta

Em 2001, Horwitz, Widom, McLaughlin, e White realizaram um estudo prospetivo (a partir de casos documentados no tribunal, entrevistaram 1151 pessoas, 20 anos depois), em que, depois de controlados os eventos stressantes, se verificou que o facto de ter sido vítima de

abuso e negligência na infância não tinha impacto direto (relação causal) na saúde mental. Mas esse facto parece ter criado uma matriz de desvantagens, que mais tarde se manifestou através de perturbações psicopatológicas, tais como, distímia e perturbação da personalidade antissocial, em comparação com o grupo de controlo sem história de abuso e negligência na infância. Os autores consideram necessário estudar mais variáveis, como por exemplo, o que acontece a seguir ao trauma, se houve ou não relações afetivas compensatórias, porque parece que o desenvolvimento de psicopatologia depende da história vivida na infância, mas também do rácio entre fatores protetores e stressores (Horwitz et al., 2001).

Chapman e colaboradores (2004) visaram conhecer qual a relação entre o número de experiências adversas na infância e o risco de perturbações depressivas. Os resultados mostraram que quanto maior for o número de experiências adversas na infância, maior será a probabilidade de se ter perturbações depressivas ao longo da vida, sugerindo que a história vivida na infância continua a ter influência muito tempo depois.

Em 2007, Springer, Sheridan, Kuoc, e Carnes procuraram saber se o abuso físico infantil, enquanto fator único, teria impacto na vida da saúde física e mental em adulto. Estudaram uma amostra da população geral constituída por 2800 pessoas, com base em metodologia retrospectiva e com questionários de autopreenchimento. Após controlados os efeitos das variáveis idade, sexo, adversidades vividas na infância e enquadramento familiar, o abuso físico prediz o aumento da depressão, ansiedade, raiva, sintomas físicos e diagnósticos médicos. Apesar destas variáveis atenuarem o efeito da relação direta entre abuso físico e saúde mental na vida adulta, não a eliminaram, mesmo depois de 40 anos dos acontecimentos terem ocorrido. Além disso, os autores consideram que, não obstante o abuso físico muitas vezes não constituir o único abuso vivido na infância e que viver múltiplos abusos aumenta o risco de doença em adulto, é muito importante compreender o impacto específico de um determinado tipo de abuso na saúde do adulto e que pode ser vantajoso realizar estudos que analisem o efeito específico de determinado fator de risco, em oposição à elaboração de estudos de variáveis múltiplas.

Numa outra perspetiva, Moffitt e colaboradores (2007) procuraram saber se os fatores de risco são comuns ou diferentes para a perturbação depressiva major e para a perturbação da ansiedade generalizada, atendendo à sua frequente comorbilidade observada em contexto clínico, através de um estudo prospetivo longitudinal (acompanharam 1037 pessoas desde o seu nascimento até aos 32 anos de idade). Os resultados sugerem que o diagnóstico puro da

perturbação da ansiedade generalizada partilha de fatores de risco semelhantes ao diagnóstico misto de perturbação da ansiedade generalizada com perturbação depressiva major. Por outro lado, o diagnóstico puro de perturbação depressiva major parece revelar fatores de risco específicos em domínios relativos à história familiar (história de depressão na família) e aos traços de personalidade na adolescência (baixa emocionalidade positiva), mas curiosamente não aparece associada a fatores de risco na infância. Estes resultados parecem sugerir que o diagnóstico puro de perturbação depressiva major em adulto não está associada ao risco na infância, mas sim ligado ao risco genético e a predisposições de personalidade que apenas são manifestadas como depressão em adulto quando confrontadas com acontecimentos de vida stressantes. Os autores concluem que as duas perturbações em estudo resultam de diferentes etiologias.

Em 2009, Weich, Patterson, Shaw, e Stewart-Brown realizaram uma revisão sistemática dos estudos prospetivos que se debruçaram sobre a associação entre as relações familiares entre pais e filhos e o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas em adulto. Dos 23 estudos analisados (todos com amostras com mais de 100 pessoas e com períodos de follow-up com dez ou mais anos), oito encontraram uma associação estatisticamente significativa e inequívoca entre as relações familiares na infância e a depressão subsequente em adulto. Os resultados destes estudos foram ajustados tendo em consideração os fatores socioeconómicos. Ainda assim, foi impossível controlar todos os fatores que ocorrem em dez ou mais anos (incluindo os acontecimentos de vida), e também não foram tidas em consideração as questões genéticas. Não obstante as limitações, os autores concluem que existem resultados suficientes para sugerir uma relação plausível entre as relações familiares e o abuso vivido na infância e as perturbações psiquiátricas na vida adulta.

Num estudo realizado por Kessler e colaboradores, em 2010, em 21 países da Organização Mundial de Saúde, junto de uma amostra constituída por 51.945 adultos, foi encontrada uma associação entre disfuncionalidade familiar vivida na infância e evolução para as diferentes perturbações psiquiátricas previstas no DSM-IV, incluindo as perturbações de humor, ao longo do ciclo de vida, em todos os países estudados, não tendo sido encontrado nenhum fator de risco específico relacionado diretamente com a depressão.

Norman e colaboradores (2012) realizaram uma revisão sistemática em 2012, com objetivo de conhecer qual a relação entre o abuso (não sexual, mas sim abuso físico, emocional e negligência) vivido na infância e subsequente desenvolvimento de doenças físicas e mentais,

com base em 124 estudos de corte transversal, estudos de coorte e de caso-controle publicados, sendo que apenas 16 trataram-se de estudos prospectivos. Os resultados sugeriram a existência de relação entre maus-tratos não sexuais na infância e consequências a longo prazo em termos de psicopatologia, designadamente as perturbações depressivas. Os estudos analisados revelaram ainda algumas questões interessantes:

- Depois de controlada a diferença de abordagem metodológica (retrospectiva vs. prospectiva), verificou-se que existe uma associação significativa entre abuso na infância e problemas de saúde em adulto;
- A probabilidade de desenvolver perturbações depressivas com exposição ao abuso físico foi superior nos estudos prospectivos;
- A associação entre abuso na infância e perturbações mentais reduziu-se quando os efeitos das variáveis mediadoras são controlados, mas ainda assim a probabilidade de desenvolver psicopatologia foi superior quando as pessoas apresentam história de diferentes abusos;
- Apesar de parecer existir relação entre abuso na infância e perturbações mentais, estes resultados não foram independentes do contexto socioeconómico mais amplo, visto que os fatores de vida, o acesso aos cuidados de saúde, as relações familiares e de amizade podem influir os efeitos a longo prazo na saúde dos indivíduos, bem como fatores protetores, tais como a resiliência, capacidade de resolução de problemas, capacidade para estabelecer relações securizantes. Quando estas variáveis mediadoras foram controladas, ainda assim surgiu uma relação significativa entre abuso na infância e perturbações mentais.

Na linha de compreender a associação entre fatores de risco vividos na infância e, posteriormente, o aparecimento da depressão e outras doenças físicas crónicas na vida adulta, Gonzalez e colaboradores (2012) realizaram um estudo prospectivo, no Canadá, onde verificaram que fatores de risco, tais como, saúde mental parental, abuso sexual na infância e as limitações funcionais parentais estão associados à depressão e, em comorbilidade, às condições/doenças de dor crónicas (como por exemplo, dores de costas e dores de cabeça). Os autores concluem que, apesar da possível especificidade entre fatores de risco vividos na infância e o desenvolvimento posterior da doença, parece que o abuso físico na infância é preditor da maioria das doenças acima referidas.

Em 2014, Shapero e colaboradores estudaram qual a relação entre os eventos de stress vividos no início de vida e a sintomatologia depressiva em adulto, através da relação entre a história de abuso emocional vivido na infância e a resposta ao stress vivido no presente. Numa amostra composta por 281 pessoas com história de abuso emocional, os resultados mostraram que quem viveu experiências mais severas de abuso emocional na infância revela maior probabilidade de expressar sintomatologia depressiva quando confrontados com fatores de stress vividos no presente.

Raposo, Mackenzie, Henriksen e Afifi (2014), num estudo realizado no Canadá com uma amostra da população geral ($N = 7.080$), observaram que a idade não modera o efeito da adversidade da infância nas perturbações mentais e que os idosos (pessoas com mais de 65 anos de idade) com história de experiências adversas na infância tinham maior probabilidade de ter diversas psicopatologias, entre elas as perturbações de humor, mas também a ansiedade e perturbações de personalidade.

Numa meta-análise realizada por Infurna e colaboradores (2016), a partir de uma avaliação baseada num único instrumento (*Childhood Experience of Care and Abuse*), foi estudada a relação entre diferentes tipos de maus-tratos infantis (antipatia, negligência, abuso físico, abuso sexual e abuso psicológico) e o desenvolvimento da depressão em adulto. Os resultados mostraram associação consistente entre maus-tratos infantis e o desenvolvimento da depressão em adulto, sendo o abuso psicológico (definido como crueldade verbal e não-verbal demonstrada por alguém próximo e com uma posição de autoridade sobre a criança) aquele que mais se relaciona com a depressão, em comparação com os restantes tipos de maus-tratos.

Num estudo realizado na China, com uma amostra constituída 17.425 pessoas, Tian, Meng, e Qiu (2019) procuraram perceber se existe um efeito cumulativo das adversidades da infância na relação com os sintomas depressivos na vida adulta. A informação sobre as adversidades da infância foi recolhida retrospectivamente e os sintomas depressivos foram avaliados através da escala *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D). Os resultados mostraram que as adversidades vividas na infância têm um efeito cumulativo posterior nos sintomas depressivos na vida adulta. Especificamente, as variáveis “reduzida saúde física”, “abuso e negligência na infância” e “baixo estatuto socioeconómico” tiveram um efeito indireto na expressão dos sintomas depressivos, ou seja, a relação entre abuso e negligência na infância e a expressão de sintomas depressivos foi moderada pelas variáveis “fraca condição de saúde” e “baixo estatuto sócio económico”. As variáveis relativas aos

“problemas de saúde mental dos pais” e “falta de amigos” tiveram um efeito direto na apresentação de sintomas depressivos na vida adulta. Não obstante, os autores concluem que as adversidades na infância, no seu conjunto e de forma inter-relacional, influenciam a expressão de sintomas depressivos na vida adulta.

1.4 Traumas Vividos em Adulto como Fatores de Risco para a Depressão

Para além da variável trauma na infância enquanto fator de risco para o desenvolvimento de depressão, a eventual exposição a eventos traumáticos na vida adulta também pode constituir um fator de risco não específico para o desenvolvimento de doenças psiquiátricas, entre as quais a depressão. A relação entre trauma e depressão é encontrada em diversos estudos empíricos. De seguida, apresentam-se alguns deles por ordem cronológica.

Fink (2003), médico psiquiatra, estudou um grupo de 64 pacientes seus, sobreviventes dos campos de concentração nazi, tendo observado que 81.2% dos casos sofriam de depressão grave, demonstrando sintomas clínicos muito semelhantes entre si, incluindo sintomas depressivos, perturbações do sono e pesadelos repetitivos relacionados com as experiências vividas nos campos de concentração. Este autor conclui que a personalidade e a experiência passada, incluindo eventuais maus-tratos na infância, não influenciou ou pouco influenciou o funcionamento da personalidade pós-trauma.

Wiseman e colaboradores (2015), através de um estudo longitudinal, procuraram saber qual o grau de relação entre depressão, ansiedade e stress e o dano traumático, em termos de severidade, incidência e predição, em 201 pacientes admitidos num centro de trauma australiano na sequência de um traumatismo, submetidos a três momentos de avaliação distintos, ou seja, num primeiro momento na admissão no hospital e depois três e seis meses após o dano/lesão. Os resultados mostraram que 54% dos pacientes revelavam depressão em, pelo menos, um dos três momentos de avaliação, sendo que os pacientes sujeitos a cuidados intensivos mostraram pior prognóstico em relação à depressão, ansiedade e stress. Os autores concluem que a depressão, ansiedade e stress devem ser antecipadas pelos profissionais de saúde em pacientes hospitalizados, recomendando a realização de uma triagem aos três meses pós dano/lesão para despiste de sintomas psicopatológicos referentes à depressão, ansiedade e stress.

Ahl e colaboradores (2017) realizaram um estudo epidemiológico com 5981 pacientes vítimas de trauma, pretendendo saber quais as características do paciente e do trauma que

poderiam estar associadas ao aumento do risco de depressão. Encontraram 551 pacientes com sintomas de depressão pós-traumáticas (9.2% da amostra), entre os quais foi possível identificar quatro fatores de risco: ser do sexo feminino, idade (idades entre 30 e 49 anos), gravidade do trauma (mais agressivo, perda de consciência), ter estado sujeito a cuidados hospitalares intensivos e duração do tempo de internamento. Identificados estes fatores de risco, os autores sugerem o despiste de sintomas psicopatológicos de depressão nos pacientes enquadrados neste perfil.

Kucharska (2017), num estudo realizado com 273 mulheres polacas, visou investigar se o trauma sexual e trauma não sexual em adulto estaria relacionado com a depressão, considerando dois grupos distintos: traumas recentes (ocorridos nos últimos dois anos) e traumas anteriores. Os resultados mostraram que as pessoas que viveram trauma sexual demonstravam níveis superiores de depressão em comparação com as pessoas que viveram traumas não sexuais ou que não viveram nenhum trauma, parecendo assim existir relação entre trauma e depressão. Contudo, esta relação não foi encontrada em traumas ocorridos há mais de dois anos.

Os estudos referidos anteriormente abordam a possível relação entre trauma e depressão. No modelo proposto por Hammen (2015), em que aborda o stress de uma forma mais geral, a relação entre stress e depressão é bidirecional, no sentido em que stress prediz depressão, mas também a depressão é preditora de stress. Com efeito, os sintomas depressivos também eles contribuem para a ocorrência de episódios stressantes, ou seja, as características de personalidade das pessoas deprimidas predizem acontecimentos disruptivos e stressantes, sobretudo no que respeita aos relacionamentos interpessoais. Além disso, os próprios acontecimentos stressantes vão mudando, podendo ter mais ou menos impacto no desenvolvimento clínico da depressão que, por sua vez, também não é estática.

Por outro lado, numa outra perspetiva, a investigação científica tem também encontrado relação entre trauma e efeitos positivos. Não obstante os efeitos negativos resultantes do trauma, parece que as pessoas, quando confrontadas com eventos traumáticos, também podem reavaliar os seus objetivos e prioridades, melhorar as suas relações sociais e simultaneamente apreciar melhor a vida, o que se designa mudança psicológica positiva, segundo Tedeschi e Calhoun (1996, citados por Wu et al., 2019). Numa meta-análise realizada na China, onde foram incluídos 10.181 sujeitos, observou-se que aproximadamente metade da amostra (5.293 sujeitos) mostrava níveis entre moderado a elevado de mudança psicológica positiva na

sequência de um evento traumático, designadamente, doença, violência sexual, morte de familiar, profissões específicas e desastres naturais (Wu et al. 2019). A análise de subgrupos mostrou que o tempo decorrido ser menor de seis meses após o trauma e a idade inferior a 60 anos são indicadores de níveis superiores de mudança psicológica positiva. Além disso, parece que o tipo de trauma também tem influência no sentido da mudança positiva, visto que sofrer trauma por exercer uma profissão específica, como por exemplo bombeiro, parece ser indicador de melhores níveis de mudança psicológica positiva, em comparação com sofrer de doença ou viver um acidente.

1.5 Trauma e Depressão - O efeito das Variáveis Mediadoras

Tal como observado nos estudos empíricos referidos anteriormente, a associação entre trauma e perturbações mentais, designadamente, depressão, reduz quando os efeitos das variáveis mediadoras são controlados, mas ainda assim a probabilidade de desenvolver psicopatologia é superior quando as pessoas apresentam história de trauma ao longo da vida.

Diversas variáveis, tais como, as variáveis demográficas (género feminino, crianças e adolescentes, e baixo estatuto socioeconómico), as variáveis relativas à história pessoal, história clínica, variáveis relativas ao estilo cognitivo e à personalidade têm surgido associadas repetidamente à depressão, enquanto variáveis com efeitos principais, mas também como variáveis moderadoras e variáveis mediadoras (Hammen, 2015).

Fowler, Allen, Oldham e Frueh (2013) procuraram esclarecer melhor a ligação entre trauma passado e a manifestação de sintomas depressivos, ao estudar o papel da vinculação insegura na mediação da relação entre exposição ao trauma ao longo da vida e manifestação presente da depressão, junto de uma amostra constituída por 705 adultos internados num serviço de psiquiatria hospitalar. Observou-se que o trauma de natureza interpessoal (por exemplo, assaltos, abuso) relaciona-se com a depressão, ao contrário do trauma de natureza impessoal (por exemplo, desastres naturais, acidentes), sendo que o estilo de vinculação adulta teve um papel parcial de mediação na relação entre trauma interpessoal e depressão nos pacientes internados.

Recentemente, Place, Ling e Patihis (2018) quiseram averiguar se as variáveis ansiedade, perspetiva negativa do tempo passado e dissociação constituem mediadores entre os eventos potencialmente traumáticos e a sintomatologia depressiva. A relação entre trauma e depressão, embora estatisticamente significativa, revelou uma dimensão de efeito reduzida, o

que sugere que a exposição ao trauma não é a única variável, nem eventualmente a principal causa dos sintomas depressivos. Os autores encontraram ainda que a ansiedade constituiu a variável mediadora que mais explicou a variância da sintomatologia depressiva, seguida da variável perspectiva negativa do tempo passado, ao contrário da variável dissociação que em nada contribuiu para a variância da sintomatologia depressiva.

Numa revisão sistemática sobre os fatores de risco determinantes para as alterações depressivas do estado de humor (Pemberton & Fuller Tyszkiewicz, 2016), observou-se que os acontecimentos de vida críticos (analisados sob uma perspectiva mais geral) e adicionalmente os problemas de sono e os conflitos sociais constituem três fatores de risco relacionados com o humor deprimido. No polo oposto, observavam que a atividade física e as relações sociais de proximidade favorecem a melhoria do humor. Além disso, os resultados mostram que existem diferenças entre indivíduos. Com efeito, parece que associação entre acontecimentos de vida críticos e humor deprimido é mais forte junto dos indivíduos com sintomatologia compatível com o diagnóstico de depressão.

Em Portugal, observou-se que algumas dimensões do temperamento (agressão, a timidez, o índice controlo de esforço e a sensibilidade de perceção), medidas através do instrumento “The Early Adolescent Temperament Questionnaire – Revised – Short Form” (EATQ-R-SF), revelaram-se como variáveis moderadoras entre o trauma e a sintomatologia depressiva numa amostra constituída por 114 adolescentes (Mendes, 2016).

1.6 A Personalidade Depressiva e o seu efeito Mediador na Relação entre Trauma e Depressão

A personalidade depressiva apresenta uma longa história na classificação psiquiátrica (Campos, 2013).

Freud, em 1917, ao tecer uma comparação entre as características do luto e as características da melancolia, dá um contributo fundamental não só sobre a compreensão do sofrimento da melancolia, atualmente designada de depressão, como também sobre a origem e funcionamento da personalidade depressiva (Ogden, 2004). Segundo o seu modo de pensar, na fase inicial do desenvolvimento psíquico ocorre um desinvestimento objetal, ou seja, “uma ofensa real ou decepção com a pessoa amada leva a um estremecimento dessa relação de objeto” (Freud, 1917, citado por Ogden, 2004). A libido livre, não se desloca para outro objeto no sentido do investimento objetal, mas sim regride inconsciente e narcisicamente no sentido de se identificar

com o objetivo perdido. Nas palavras de Freud “a sombra do objeto caiu sobre o eu” (Freud, 1917, citado por Ogden, 2004). Ao identificar-se com ao objeto abandonado, o self nunca fica só, não sofre a perda. Por outro lado, uma parte cindida e inconsciente do self acusa e critica moralmente a outra parte cindida do eu identificada ao objeto abandonado, constituindo assim um processo de acusação ao objeto amado mas dirigido ao próprio self. Desenvolve-se então um mundo interno, organizado em partes conscientes e inconscientes, estas últimas cindidas mas em relação entre si, que muitas vezes funcionam como defesa contra a dor psíquica (Ogden, 2004). Nesta linha, as relações de objeto internas podem ser tão intensas, ao ponto de interromper o diálogo com as relações de objeto externas (Ogden, 2004). Freud apresenta, assim, um modelo da experiência psíquica, através do qual se desenvolve a personalidade depressiva.

No momento atual existe todo um corpo teórico que defende o enquadramento da personalidade depressiva enquanto personalidade e enquanto perturbação de personalidade. O humor deprimido e outras características depressivas são apresentados como traços de personalidade crônicos e estáveis, sendo que o conceito de personalidade depressiva está na encruzilhada entre depressão e personalidade, porque os dois conceitos se fundem num só (Campos, 2013).

A relação entre personalidade e depressão pode ser observada sob vários ângulos. Numa perspectiva mais abrangente, Klein e colaboradores (1993, citado por Campos, 2009) considera existir cinco modelos explicativos da relação personalidade e depressão: os modelos de causa comum (em que, tal como o nome indica, depressão e personalidade resultam dos mesmos processos subjacentes), modelos de espectro ou sub-clínicos (“assumem que a personalidade e depressão estão relacionadas mas são diferentes manifestações ou fases do mesmo processo mórbido subjacente, com uma etiologia e fatores de risco comuns”, Klein et al., 1993, citado por Campos, 2009, p. 94), modelos de predisposição ou vulnerabilidade (defende que há determinadas características individuais, por exemplo, estilo de personalidade, de maior propensão para a depressão), modelos patoplásticos e de exacerbação (que consideram que personalidade e depressão têm etiologia diferenciadas mas que se influenciam mutuamente) e modelos de cicatriz ou complicação (que atendem à forma como se processa a fase de recuperação da patologia).

Estes modelos acabam por ser construções teóricas da realidade clínica observada, pelo que Campos (2009) defende que “a depressão, ou talvez melhor, a *depressividade*, pode ser

considerada uma dimensão da personalidade, que, na patologia depressiva propriamente dita, estaria simplesmente exacerbada. Seria composta por um conjunto de características, por diferentes tipos de traços considerados depressivos” (Campos, 2009, p. 104).

Na literatura científica encontram-se diversos modelos teóricos que defendem um ou mais tipos de personalidade depressiva, como modelos explicativos do fenómeno da depressão (Blatt & Maroudas, 1992). Parecem existir dois tipos de experiências principais que levam à depressão: as disrupções nas relações interpessoais gratificantes, também designadas de anaclíticas, dependentes, domínio do outro ou vinculação ansiosa; e as disrupções no sentido positivo do self, também designadas de introjetivas, auto-crítica, domínio do objetivo ou self autossuficiente compulsivamente (Blatt & Maroudas, 1992). Embora exista convergência das teorias de inspiração psicanalítica e de natureza cognitivo-comportamental quanto à relevância e distinção entre estes dois tipos de experiências no desenvolvimento de depressão, a principal discordância teórica reside no grau de importância atribuída às experiências de vida iniciais (por exemplo, as teorias psicanalíticas de Blatt, Arieti e Bemporad e Bowlby) versus experiências contemporâneas (por exemplo, teoria cognitivo-comportamental de Beck).

Um dos modelos de inspiração psicanalítica é aquele proposto por Sidney Blatt. A sensibilidade perante os acontecimentos de vida será diferente consoante a configuração de personalidade, ou seja, perante o mesmo acontecimento, a experiência de vida pode ser diferente, consoante o indivíduo apresenta configuração da personalidade na linha anaclítica ou na linha introjetiva (Blatt & Zuroff, 1992, citado por Blatt & Maroudas, 1992).

Não existe consenso sobre se existe uma personalidade depressiva unitária, com diferentes facetas, ou diferentes personalidades depressivas, pese embora sejam sublinhados três aspetos centrais, comuns na maioria das teorias: dependência, masoquismo e perfeccionismo (Campos, 2013). O fenómeno depressivo pode ser observado num contínuo entre a normalidade e a patologia, variando a sua intensidade, frequência e duração, pelo que a sua avaliação deve atender à questão dimensional, independentemente do diagnóstico e da intensidade dos sintomas expressos no momento (Campos, 2013; Huprich & Bornstein, 2007).

Luyten e colaboradores (2006) elaboraram um exercício crítico sobre o pressuposto do sistema de classificação DSM de que “a depressão não está relacionada com as perturbações de personalidade e com a personalidade” (Luyten et al., 2006, p. 986), tecendo vários argumentos tais como, existir elevada comorbilidade entre depressão e as perturbações de personalidade (Mulder, 2002; Westen et al., 2004, citados por Luyten et al., 2006), e pelo facto

da personalidade e depressão não serem independentes, uma vez que as perturbações de personalidade e as dimensões mais amplas da personalidade (como por exemplo, neuroticismo, perfeccionismo e dependência) estão implicadas na etiologia e na patogénese da depressão. Estudos efetuados sobre a interação pessoa-ambiente sugerem que as pessoas, em função da sua personalidade, muitas vezes de forma inconsciente, criam, em parte, os seus próprios “stressores” (Blatt & Zuroff, 1992; Luyten et al., 2005; Mongrain, Lubbers, & Struthers, 2004; Shahar, Joiner, Zuroff, & Blatt, 2004, citados por Luyten et al., 2006). Pelo exposto, Luyten e colaboradores (2006) elaboram um modelo conceptual compreensivo da depressão, de natureza biopsicossocial, em que fatores genéticos e ambientais, em relação recíproca entre si, levam ao desenvolvimento de dimensões de personalidade ou esquemas cognitivos afetivos relativamente estáveis que, em interação com os eventos de vida críticos, conduzem ao desenvolvimento da depressão ou de outras perturbações.

Numa análise sobre se a personalidade depressiva deve ou não constituir categoria de diagnóstico psiquiátrico, e como tal ser contemplada no DSM-5, Huprich (2012) considera que aquela preenche todos os critérios para ser considerada uma categoria diagnóstica diferenciada das restantes, ou seja, a personalidade depressiva atende aos critérios relativos aos antecedentes, concorrentes e preditores, sobre os quais existem diversos estudos empíricos a suportar a ideia da sua diferenciação. Huprich (2012) conclui que a personalidade depressiva apresenta fiabilidade, validade e utilidade clínica (constitui o protótipo mais observado na prática clínica), passível de ser avaliada numa perspetiva dimensional e de constituir uma perturbação endofenotípica (Huprich & Bornstein, 2007; Huprich, 2012). Além disso, alguns estudos do mesmo autor (Huprich, 2003a; Huprich, 2012) referem que, por um lado, indivíduos, de uma amostra clínica, com critérios para diagnóstico de personalidade depressiva revelam humor deprimido e apresentam na sua história de vida fatores de risco ambientais, tais como falta de suporte familiar ou social, crítica parental e perda ou separação parental; e, por outro lado, que a perturbação da personalidade depressiva está relacionada com a faceta depressiva (Huprich, 2003b).

Monroe e colaboradores (2019) apresentam uma visão crítica da investigação científica produzida até ao presente sobre a relação entre eventos de vida stressantes e a depressão, procurando desvendar os mistérios do porquê de determinadas pessoas reincidirem na depressão, ao invés de outras pessoas que parecem não voltar a sofrer de novos episódios depressivos. Segundo estes autores, se, à luz das teorias mais defendidas na literatura científica, os eventos de stress críticos levam à depressão, como é que se compreende o aparecimento da

depressão na ausência dos eventos críticos de stress? Com efeito, atendendo a que metade das pessoas com depressão volta a sofrer de depressão, sem ligação aparente a qualquer evento crítico de stress, como se explica este fenómeno? De acordo com a sua perspetiva, a teoria vigente mais defendida na literatura, a teoria da sensibilização/vulnerabilidade ao stress, a qual afirma que após a exposição a episódios críticos de stress e depressivos, as pessoas tendem a tornar-se progressivamente mais vulneráveis ao stress, não explica todos os casos de depressão nos adultos. Por isso, propõem um outro modelo conceptual “*dual pathway models*”, onde estão contempladas duas vias de evolução da depressão: uma via de sensibilização/vulnerabilidade ao stress conducente a uma suscetibilidade progressiva ao desenvolvimento de depressões e uma via independente dos episódios críticos de stress (traumas) que explicam os episódios depressivos repentinos e recorrentes (Monroe et al., 2019). Neste seguimento, sugerem, como questão fundamental no momento do diagnóstico, clarificar se o episódio depressivo surge no seguimento de um episódio crítico de stress ou se por qualquer razão espúria ou coincidência (Monroe et al., 2019).

Segundo Maddux e Johansson (2014), o correto diagnóstico de perturbação da personalidade depressiva pode ser muito útil junto das pessoas que expressam sintomas depressivos mas mostram pouca adesão aos tratamentos de natureza comportamental (direcionado para os sintomas e reforço positivo) e baixa remissão dos sintomas ao longo do tempo, podendo fazer sentido o tratamento de natureza psicodinâmica (direcionado para as relações de objeto internas e externas) combinado com o tratamento farmacológico. Assim, com base na sua experiência clínica, Maddux e Johansson (2014) defendem a importância de um correto diagnóstico de depressão, perturbação da personalidade depressiva ou ambos, para a adequada intervenção psicoterapêutica.

Num estudo realizado em Portugal, Campos (2009) pretendeu, não só propor um modelo conceptual da dimensão depressiva da personalidade, como também operacionalizar a sua avaliação através de um instrumento denominado Inventário dos Traços Depressivos (ITD). Os resultados validaram o instrumento para a população portuguesa e mostraram a existência de uma correlação significativa entre traços depressivos e a ocorrência de sintomas depressivos. Além disso, foram obtidos seis fatores, através da análise fatorial, que podem caracterizar as facetas da personalidade depressiva: 1) abatimento geral; 2) irritabilidade/medo de ser abandonado; 3) depressão anaclítica; 4) baixa auto-estima/super-eu severo; 5) obsessividade/perfeccionismo; e 6) sentimentos de inferioridade relativamente aos outros. Campos (2009) conclui que “o instrumento avalia um constructo global unitário, que podemos

denominar de personalidade depressiva ou dimensão depressiva da personalidade, mas que apresenta diferentes ‘facetas’” (Campos, 2009, p. 165), sendo que esse constructo constitui uma dimensão normal da personalidade, pelo que a patologia resulta da intensidade dos traços depressivos. Fica por explicar qual a relação causal entre traço depressivo e estado depressivo, ou seja, se os traços são caraterísticos da personalidade que predispõem à depressão ou se os traços são sintomas depressivos que tendem a ser crónicos, passando a fazer parte da personalidade do sujeito.

Face ao exposto, apesar do progresso considerável nas linhas de investigação e respetivos achados científicos sobre a relação entre depressão e trauma, importa compreender qual é a relação entre traumas anteriores, personalidade depressiva e sintomas depressivos na população portuguesa.

2. Objetivos e Hipóteses

Conforme visto no capítulo anterior, o efeito do trauma e a sua relação com a psicopatologia encontra-se muito estudada, existindo atualmente vasta literatura científica a pôr em evidência os efeitos nefastos do trauma na saúde mental, nomeadamente, através do desenvolvimento da depressão. No entanto, na procura de melhor compreender a relação entre trauma e depressão, parece ser fundamental alargar o estudo a outras variáveis contributivas para a explicação deste fenómeno, designadamente às variáveis mediadoras, entre as quais se destaca a personalidade depressiva ou traços depressivos da personalidade.

Em Portugal ainda existem poucos estudos que verifiquem empiricamente esta relação. Na verdade, encontrámos apenas dois estudos realizados em Portugal: em 2016, Mendes (2016) observou relação entre trauma e sintomatologia depressiva numa amostra constituída por 114 adolescentes portugueses; e Vieira (2018), com uma amostra constituída por 338 adultos, encontrou uma relação entre a depressão e a dimensão “ansiedade e alteração do sistema de significados”, subjacente ao quadro clínico de trauma complexo (Vieira, 2018).

Quando se procuram estudos empíricos, cujo objeto de análise seja a personalidade depressiva ou os traços depressivos da personalidade, o seu número diminui significativamente em comparação com os estudos debruçados sobre a depressão. Encontraram-se dois estudos realizados pelo mesmo autor: um estudo que relaciona fatores de risco ambientais (suporte familiar ou social, crítica parental e perda ou separação parental) e humor deprimido com a personalidade depressiva (Huprich, 2003a); e outro estudo que relaciona a perturbação da personalidade depressiva com a faceta depressiva (Huprich, 2003b). Em Portugal apenas se conhece o estudo realizado por Campos (2009) que encontrou uma relação entre traços depressivos da personalidade/personalidade depressiva e sintomatologia depressiva.

Sobre a relação entre traços depressivos da personalidade/personalidade depressiva e trauma, na exploração da bibliografia que realizámos, não encontrámos nenhum estudo (em Portugal e no estrangeiro).

Na presente investigação pretendemos compreender qual é, na população portuguesa, a relação entre trauma, personalidade depressiva e sintomas depressivos.

Deste objetivo geral decorrem os seguintes objetivos específicos e respetivas hipóteses:

Objetivo 1: Explorar a relação entre o facto de ter vivido, ou não, experiências traumáticas anteriores e a presença e intensidade dos traços depressivos da personalidade e sintomatologia depressiva.

Hipótese 1.1: Espera-se que as pessoas que viveram experiências traumáticas tendam a mostrar traços depressivos de personalidade mais acentuados do que as pessoas que não viveram experiências traumáticas.

Hipótese 1.2: Espera-se que as pessoas que viveram experiências traumáticas tendam a mostrar mais sintomatologia depressiva do que as pessoas que não viveram experiências traumáticas.

Objetivo 2: Pretende-se investigar a relação entre a idade em que o trauma foi vivido e os traços depressivos de personalidade e a sintomatologia depressiva.

Hipótese 2.1: Espera-se que as pessoas que viveram trauma de infância tendam a mostrar traços depressivos da personalidade mais acentuados, em comparação com as pessoas que viveram o trauma já em adulto. Espera-se que os resultados das pessoas que viveram os traumas entre os 13 e os 17 anos ocupem uma posição intermédia.

Hipótese 2.2: Espera-se que as pessoas que viveram trauma de infância tendam a manifestar mais sintomatologia depressiva em comparação com as pessoas que viveram trauma já em adulto. Espera-se que os resultados das pessoas que viveram os traumas entre os 13 e os 17 anos ocupem uma posição intermédia.

Objetivo 3: Explorar a relação entre o tipo de trauma (trauma interpessoal e trauma accidental) e a presença e intensidade dos traços depressivos da personalidade e sintomatologia depressiva.

Hipótese 3.1: Espera-se que as pessoas que viveram trauma interpessoal tendam mostrar traços depressivos de personalidade mais acentuados do que as pessoas que viveram trauma accidental.

Hipótese 3.2: Espera-se que as pessoas que viveram trauma interpessoal tendam mostrar mais sintomatologia depressiva do que as pessoas que viveram trauma accidental.

Objetivo 4: Pretende-se investigar a relação entre os traços depressivos de personalidade e a sintomatologia depressiva.

Hipótese 4: Os traços depressivos da personalidade correlacionam-se positivamente com a sintomatologia depressiva.

Objetivo 5: Estudar o efeito mediador dos traços depressivos da personalidade na relação entre as diferentes experiências traumáticas (trauma interpessoal e trauma acidental) e a sintomatologia depressiva e também na relação entre a idade em que foram vividas essas experiências e a sintomatologia depressiva.

Hipótese 5.1: Os traços depressivos da personalidade constituem variável mediadora na relação entre a idade no momento do trauma e a sintomatologia depressiva.

Hipótese 5.2: Os traços depressivos da personalidade constituem variável mediadora na relação entre o tipo de trauma e a sintomatologia depressiva.

3. Método

3.1 Participantes

A amostra da presente investigação é constituída por 338 participantes da população geral, dos quais 206 são do sexo feminino (60.9%) e 129 são do sexo masculino (39.1%), com idades compreendidas entre os 18 e 83 anos ($M = 41.07$; $DP = 13.56$).

As caraterísticas sociodemográficas da amostra são apresentadas no Quadro 1.

Observa-se que a maioria tem nacionalidade portuguesa e reside em zona urbana (12 casos são omissos quanto à zona de residência).

Sobre a situação profissional e académica, a maioria encontra-se empregada e concluiu curso superior.

Relativamente ao estado civil, observam-se dois grandes grupos: um primeiro grupo maioritário constituído por participantes casados, ou em união de facto, e um segundo grupo constituído por participantes solteiros. Desconhece-se o estado civil quanto a um caso.

A maioria tem filhos (verificou-se um caso omissos quanto ao número de filhos).

Quanto à convicção religiosa, a maioria afirma-se religiosa (registando-se dois casos omissos).

Quadro 1*Caraterísticas da amostra (N = 338)*

Nacionalidade	Portuguesa	98.5% (n = 333)
	Outra	1.5% (n = 5)
Zona de residência	Zona urbana	94.2% (n = 307)
	Zona rural	5.8% (n = 19)
Situação profissional	Empregado	77.5% (n = 262)
	Estudante	8.6% (n = 29)
	Reformado	5.3% (n = 18)
	Desempregado	7.7% (n = 26)
	Empregada doméstica	0.9% (n = 3)
Habilitações académicas	Curso superior	47.9% (n = 162)
	12º ano	28.4% (n = 96)
	< 9º ano	23.7% (n = 80)
Estado civil	Solteiro	30.9% (n = 104)
	Casado ou em união de facto	58.5% (n = 197)
	Divorciado ou separado	8.9% (n = 30)
	Viúvo	1.8% (n = 6)
Filhos	Sim	59.9% (n = 202)
	Não	40.1% (n = 135)
Número de filhos	1 filho	46.3% (n = 95)
	2 filhos	45.4% (n = 93)
	> 3 filhos	8.3% (n = 14)
Convicção religiosa	Sim	76.1% (n = 249)
	Não	23.9% (n = 89)

3.2 Instrumentos

3.2.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico é constituído por 16 itens, construído no âmbito de uma investigação mais alargada, visa obter informação generalista sobre as questões sociais e demográficas dos participantes.

No âmbito do questionário sociodemográfico, os participantes responderam a quatro questões relacionadas com o trauma: “já vivenciou uma situação ou acontecimento de vida traumático?”; “se sim, quantas situações ou acontecimentos traumáticos vivenciou na sua vida?”; “se sim, há quanto tempo atrás?” e “se sim, descreva brevemente a(s) situação(ões) ou acontecimento(s) de vida traumáticos que experienciou?”.

Para a operacionalização da variável “tipo de trauma”, utilizou-se a classificação proposta por Silva (2019) que, por sua vez baseou-se no Critério A do DSM-5 para o diagnóstico da perturbação de stress pós-traumático. Como tal, procedeu-se à recodificação da questão “descreva brevemente a(s) situação(ões) ou acontecimento(s) de vida traumáticos que experienciou” numa outra variável, de natureza nominal, com as seguintes categorias: morte súbita violenta ($n = 10$); ataque armado ($n = 14$); ataque físico ($n = 12$); violência sexual ($n = 15$), morte súbita accidental ($n = 29$); acidente grave ($n = 34$); fogo ou desastre natural ($n = 13$) e doença ou ferimento com risco de vida ($n = 14$). Assim, não foram contempladas as experiências não enquadradas no Critério A do DSM-5, tais como, divórcio, situação de desemprego e morte natural por doenças fatais imediatas.

Quando os participantes relataram mais do que um trauma, classificou-se apenas aquele considerado como mais grave/intenso, em referência ao proposto pelo Critério A do DSM 5 para o diagnóstico da perturbação de stress pós-traumático.

Para a operacionalização da variável “idade em que o trauma foi vivido”, criou-se uma nova variável construída a partir da questão 16 b) do questionário sociodemográfico, em que se subtraiu o número de anos atrás em que ocorreu o trauma à idade da pessoa no momento em que respondeu ao questionário. Depois disso, construiu-se uma outra variável ordinal com três categorias: 0-12 anos; 13-17 anos e ≥ 18 anos.

3.2.2. Inventário dos Traços Depressivos

O Inventário dos Traços Depressivos (ITD) foi concebido por Campos (2009), consiste num questionário de autorrelato e visa medir o construto dimensão depressiva da personalidade. A forma reduzida do ITD é constituída por 41 itens, respondidos numa escala de resposta tipo

Lickert de cinco pontos, que varia entre “*discordo fortemente*” e “*concordo fortemente*”, sendo que resultados mais elevados correspondem a maior intensidade dos traços depressivos da personalidade.

Através da análise fatorial, Campos (2009) encontrou seis fatores: 1) abatimento geral; 2) irritabilidade/medo de ser abandonado; 3) depressão anaclítica; 4) baixa auto-estima/super-eu severo; 5) obsessividade/perfeccionismo; e 6) sentimentos de inferioridade relativamente aos outros. Apesar do ITD avaliar a personalidade depressiva, ou dimensão depressiva da personalidade, no seu todo, o autor considera que os fatores acima referidos correspondem aos traços depressivos da personalidade (Campos, 2009).

Relativamente ao alfa de Cronbach, Campos (2009) encontrou um resultado de .97 para uma amostra de estudantes ($N = 546$) e um resultado de .95 para uma amostra clínica ($N = 50$). Na amostra em estudo, o alfa de Cronbach obtido foi de .75.

3.2.3 Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Para avaliar a sintomatologia depressiva optou-se por utilizar o questionário de autorelato *brief symptom inventory* (BSI) (Derogatis & Spencer, 1982, citado por Canavarro, 2007), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Canavarro (2007), designado em português por Inventário de Sintomas Psicopatológicos. O BSI constitui uma versão reduzida do Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R), serve o propósito de avaliar rapidamente o tipo e severidade dos sintomas psicopatológicos (Groth-Marnat, 2003).

Este instrumento é constituído por 53 itens, cuja resposta é apresentada numa escala de frequência tipo Lickert, de 0 a 4, em que 0 corresponde a *nunca ter sentido o sintoma na última semana* e 4 corresponde a *ter sentido sempre o sintoma na última semana*. Por isso, quanto mais pontuação o participante obtiver, mais sintomatologia psicopatológica revela.

Apesar deste instrumento avaliar nove dimensões de sintomatologia psicopatológica (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo), apenas se pretende utilizar a dimensão depressão que compreende a sintomatologia de “afeto e humor disfórico, bem como perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida” (Canavarro, 2007, p. 306).

Relativamente à validade interna, Derogatis (1993, citado por Groth-Marnat, 2003) encontrou valores de alfa de Cronbach entre .71 para o psicoticismo e .85 para a depressão. Canavarro (2007), num estudo realizado em Portugal, obteve valores de alfa de Cronbach entre

.62 para o psicoticismo e .80 para a somatização, sendo que na escala depressão obteve .73. Na presente investigação encontrou-se uma validade interna para a dimensão depressão de .88 (dimensão depressão constituída pelos itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50).

3.3 Procedimento

A presente investigação faz parte integrante de uma investigação mais alargada sobre o tema Personalidade e Psicopatologia, sob a orientação do Professor Doutor Bruno Gonçalves.

O procedimento consiste na aplicação de questionários, através do método “bola de neve”. Antes da aplicação dos questionários, são esclarecidas todas as questões referentes ao consentimento informado, entre as quais, objetivo da investigação, confidencialidade e anonimato no tratamento dos dados e possibilidade de desistência da participação, sendo depois formalizado através da assinatura do participante. Após a formalização do consentimento informado, é entregue pessoalmente um envelope com o protocolo de investigação, constituído por um questionário sociodemográfico e nove questionários de auto-relato, onde se incluem o ITD e o BSI.

Todos os participantes com idade superior a 18 anos são incluídos na investigação.

Pelo facto da recolha da amostra ter sido efetuada pelo método da “bola de neve” considera-se que método de seleção da amostra foi não-probabilístico, ou seja trata-se de uma amostra de conveniência.

3.4 Procedimento Estatístico

O tratamento estatístico foi realizado através do *software* informático IBM SPSS Statistics (versão 23).

Em primeiro lugar, procedeu-se a análise descritiva. Depois, procedeu-se à análise inferencial, tendo como referência valores estatisticamente significativos para p inferior a .05 ($p < .05$).

Em relação à análise correlacional, para estudar as associações entre as variáveis, foram utilizadas as correlações de r bisserial por pontos e r de Pearson. Seguiu-se os valores de referência propostos por Pestana e Gageiro (1998), ou seja, $r < .20$, indicador de correlação muito baixa; $.20 < r < .39$, indicador de correlação baixa; $.40 < r < .69$, indicador de correlação

moderada; $.70 < r < .89$, indicador de correlação alta; e $r > .90$, indicador de correlação muito alta.

Analisou-se, em primeiro lugar, a correlação entre experiência de trauma e as variáveis dependentes (traços depressivos da personalidade e sintomatologia depressiva).

Em segundo lugar, analisou-se a correlação entre a idade em que o trauma foi vivido e as variáveis dependentes (traços depressivos da personalidade e sintomatologia depressiva). Depois, procedeu-se ao estudo do efeito da idade, definida em três categorias nas variáveis dependentes (traços depressivos da personalidade e sintomatologia depressiva), através do método ANOVA.

Em terceiro lugar analisou-se a correlação entre o tipo de trauma (interpessoal vs. acidental) e as variáveis dependentes (traços depressivos da personalidade e sintomatologia depressiva).

Depois, analisou-se a correlação entre a idade no momento do trauma e o tipo de trauma (interpessoal ou acidental).

Finalmente, estudou-se a correlação entre traços depressivos da personalidade e sintomatologia depressiva.

Através do modelo de regressão linear múltipla (método passo a passo), pretendeu-se perceber o efeito da idade no momento do trauma e do tipo de trauma (interpessoal ou acidental) nas variáveis em estudo (traços depressivos da personalidade e sintomatologia depressiva).

Por fim, através do modelo de regressão linear múltipla (método *enter*), analisou-se o efeito mediador da variável traços depressivos da personalidade, tomando como variável independente a idade em que ocorreu o trauma e como variável dependente a sintomatologia depressiva, conforme exposto na Figura 1. Para estudar o efeito mediador da variável traços depressivos da personalidade na relação entre o tipo de trauma (interpessoal e acidental) e a sintomatologia depressiva, utilizou-se modelo análogo à Figura 1.

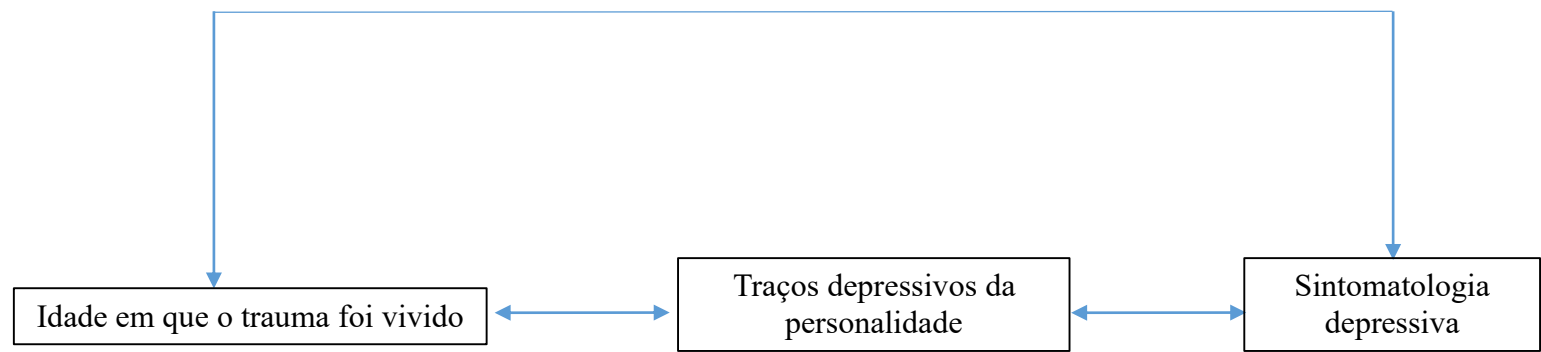


Figura 1. *Modelo de mediação simples dos traços depressivos da personalidade na relação entre a idade em que o trauma foi vivido e a sintomatologia depressiva*

4. Resultados

4.1 Análise Descritiva

Procedendo a uma análise descritiva, observa-se que 153 participantes responderam que já viveram uma situação ou acontecimento traumático (46.8%) e 174 participantes responderam que não (52.2%), havendo 11 casos omissos.

Em relação à idade em que o trauma foi vivido, verifica-se que esta variou entre o mínimo de 1 ano e máximo de 68 anos, sendo a média de 26.68 anos ($DP = 14.38$). Depois de se ter transformado esta variável contínua numa variável ordinal com três categorias, observa-se que a maioria da nossa amostra viveu o trauma já em adulto (ver Quadro 2).

Quadro 2

Idade no Momento do Trauma: Frequências e Percentagens

Idade no Momento do Trauma	0-12 anos	21 (14.7%)
	13-17 anos	18 (12.6%)
	≥ 18 anos	104 (72.7%)

Dos 153 participantes que responderam que sim à experiência de trauma, 51 viveram um trauma de características interpessoais (37.2%) e 86 viveram um trauma de natureza acidental (62.8%). Os restantes 16 casos não se enquadram em nenhum dos dois tipos de trauma (interpessoal e acidental). Com efeito, não foram contempladas as experiências não enquadradas no Critério A do DSM-5, tais como, divórcio, situação de desemprego e morte natural por doenças fatais imediatas.

Com o objetivo de se proceder a uma análise mais fina do tipo de trauma, dividiu-se os traumas interpessoal e acidental em subcategorias. Os resultados são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3

Tipo de Trauma: Frequências e Percentagens

Tipo de Trauma:			
Interpessoal	Morte súbita violenta		20 (14.6%)
	Ataque Físico		17 (12.4%)
	Violência Sexual		7 (5.1%)
	Ataque Armado		7 (5.1%)
	Interpessoal (total)		51 (37.2%)
Acidental	Morte Súbita Acidental		58 (42.3%)
	Doença ou Ferimento com Risco de Vida		22 (16.1%)
	Acidente Grave		6 (4.4%)
	Acidental (total)		86 (62.8%)

Verifica-se que a maioria reportou morte súbita acidental; seguidos, de longe, por aqueles que reportaram doença ou ferimento com risco de vida e que relataram morte súbita violenta.

A pontuação total no ITD variou entre o valor mínimo de 44 e máximo de 174, sendo a média de 94.37 e o desvio padrão de 26.32. A variável referente à sintomatologia depressiva do BSI variou entre 0 e 3.17, sendo a média de 0.61 e o desvio padrão de 0.68.

4.2 Relação da Experiência Traumática com os Traços e Sintomas Depressivos

Através do estudo correlacional (r bisserial por pontos), constata-se que a ocorrência de trauma correlaciona-se de forma muito baixa, positiva e estatisticamente significativa com pontuação total no ITD ($r_{pb} = .12$; $p = .028$). Como tal, confirma-se a hipóteses 1.1.

No mesmo sentido, a variável trauma também se correlaciona de forma muito baixa, positiva e estatisticamente significativa com a pontuação na subescala de sintomatologia depressiva do BSI ($r_{pb} = .14$; $p < .010$). Confirma-se, assim, a hipóteses 1.2.

4.3 Relação da Idade no Momento do Trauma com os Traços e Sintomas Depressivos

4.3.1 Relação da idade no momento do trauma com os traços depressivos da personalidade

Da análise correlacional (coeficiente de correlação r bisserial por pontos), observa-se que a idade em que o trauma foi vivido se correlaciona de forma baixa, negativa e significativamente com o resultado total do ITD ($rpb = -.22$; $p = .009$), no sentido em que quanto mais precoce for o momento do trauma, mais intensos são os traços depressivos da personalidade.

Procedeu-se igualmente a uma ANOVA, definindo três categorias para o fator idade: 0-12, 13-17, ≥ 18 anos. Os resultados são apresentados no Quadro 4.

Quadro 4

Traços Depressivos da Personalidade em Função da Idade no Momento do Trauma – ANOVA

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Gl</i>	Quadrados Médios	<i>F</i>	<i>p</i>
Idade no Momento do Trauma			2	3773.36	4.74	.010
0-12 anos	115.52	27.89				
13-17 anos	103.83	31.22				
≥ 18 anos	95.37	27.77				

Verifica-se que existe um efeito significativo da idade em que o trauma é vivido na pontuação total do ITD. A comparação múltipla de médias (Tukey HSD) indica que existe uma diferença significativa entre a categoria dos 0 aos 12 anos e a categoria maior ou igual a 18 anos na variação dos traços depressivos da personalidade ($p = .009$). Os resultados relativos às pessoas que viveram o trauma entre os 13 e os 17 anos não diferem dos outros dois grupos etários, em termos, estatisticamente significativos ($p = .469$). Deste modo, considera-se que a hipótese 2.1 foi confirmada.

4.3.2 Relação da idade no momento do trauma com os sintomas depressivos

Existe uma correlação baixa, negativa significativa entre a idade em que o trauma foi vivido e a subescala da sintomatologia depressiva do BSI ($rpb = -.22$; $p < .010$), ou seja, quanto mais jovem for a idade aquando do trauma maior será a sintomatologia depressiva.

Procedeu-se novamente ao estudo da ANOVA para se conhecer o efeito da idade, definida em três categorias, na pontuação da subescala de depressão do BSI. Os valores são apresentados no Quadro 5.

Quadro 5

Sintomatologia Depressiva em Função da Idade no Momento do Trauma – ANOVA

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Gl</i>	Quadrados Médios	<i>F</i>	<i>p</i>
Idade no Momento do Trauma			2	4.402	6.94	.001
0-12 anos	1.35	.93				
13-17 anos	.71	.87				
≥ 18 anos	.64	.76				

Os resultados mostram que existe um efeito significativo da idade no momento do trauma na subescala de depressão do BSI. A comparação múltipla de médias (Tukey HSD) indica que existe uma diferença significativa na média da pontuação na subescala da depressão do BSI entre a categoria dos 0 aos 12 anos e a categoria dos 13 e 17 anos ($p = .037$) e entre a categoria dos 0 aos 12 anos e a categoria ≥ 18 anos ($p < .001$). A diferença das médias entre os 13-17 anos e os ≥ 18 anos não é significativa ($p = .934$). Considera-se, assim, que a hipótese 2.2 foi confirmada.

4.4 Relação do Tipo de Trauma com os Traços e Sintomas Depressivos

Observou-se uma correlação muito baixa, negativa, próxima do limiar da significância, entre a referência a trauma interpessoal ou acidental e a pontuação geral no ITD ($r_{pb} = -.17$; $p = .051$), sendo que a categoria trauma interpessoal foi cotada com o valor 1 e a categoria trauma acidental com o valor 2, pelo que se constata uma tendência para o trauma interpessoal relacionar-se com os traços depressivos da personalidade. Assim, considera-se que a hipótese 3.1 foi parcialmente confirmada.

A variável tipo de trauma (interpessoal vs. acidental) correlaciona-se de forma muito baixa, negativa e significativamente com a subescala de sintomatologia depressiva do BSI ($r_{pb} = -.17$; $p = .043$), sendo que a categoria trauma interpessoal foi cotada com o valor 1 e a

categoria trauma accidental com o valor 2, pelo que se constata uma relação entre o trauma interpessoal e sintomatologia depressiva. Confirma-se, assim, a hipóteses 3.2.

4.5 Relação entre a Idade no Momento do Trauma e o Tipo de Trauma (Interpessoal ou Acidental)

Procedendo ao estudo correlacional (r bisserial por pontos), observa-se que existe uma correlação baixa mas estatisticamente significativa entre a idade em que o trauma foi vivido e o tipo de trauma ($r_{pb} = .37; p < .001$), no sentido em que idades mais elevadas estão relacionadas com o trauma accidental (note-se a categoria trauma interpessoal foi cotada com o valor 1 e a categoria trauma accidental com o valor 2).

4.6 Relação entre os Traços Depressivos da Personalidade e a Sintomatologia Depressiva

Para conhecer a relação entre as variáveis “traços depressivos da personalidade” e a “sintomatologia depressiva”, analisou-se o coeficiente de Pearson, observando-se uma correlação significativa moderada, próxima do limiar da correlação alta, entre a personalidade depressiva e a depressão ($r = .68; p < .001$), no sentido em que as pessoas que revelam traços depressivos da personalidade mais acentuados também manifestam sintomatologia depressiva mais grave. Assim, a hipótese 4 foi confirmada.

4.7 Análise do Efeito Mediador dos Traços Depressivos da Personalidade na Relação entre Trauma e Depressão

Verificámos que tanto a idade no momento do trauma como o tipo de trauma parecem estar correlacionadas com os traços de personalidade depressivos e com a sintomatologia depressiva. Além disso estas variáveis estão correlacionadas entre si.

Em primeiro lugar, para tentar avaliar o valor preditivo de cada uma destas variáveis utilizou-se a regressão linear múltipla, método passo a passo, incluindo a idade e o tipo de trauma como variáveis independentes. Os resultados são apresentados no Quadro 6.

Quadro 6

Predição da idade no momento do trauma e do tipo de trauma (interpessoal vs. acidental) nos traços e sintomas depressivos – Regressão Linear Múltipla

Variáveis dependentes	Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Traços depressivos da personalidade	Idade do trauma	-10.56	3.25	-.28	-3.26	.001
Sintomatologia depressiva	Idade do trauma	-.33	.09	-.29	-3.46	.001

Relativamente aos traços depressivos da personalidade, a variável idade do trauma foi a única incluída no modelo como variável preditora, através do método passo a passo, e explica 7% da variância dos traços depressivos da personalidade ($R = .08$; $R^2 = .07$; $SE = 28.03$; $F(1; 131) = 10.60$; $p < .001$).

No que respeita à sintomatologia depressiva, a variável idade do trauma continua a ser a única incluída no modelo como variável preditora, através do método passo a passo, e explica 8% da variância da sintomatologia depressiva ($R = .09$; $R^2 = .08$; $SE = .81$; $F(1; 130) = 11.97$; $p < .001$).

De seguida, procurou-se estudar o efeito mediador da variável traços depressivos da personalidade, tomando como variáveis independentes a idade em que ocorreu o trauma e o tipo de trauma (interpessoal e acidental) e como variável dependente a sintomatologia depressiva. Para tal, recorreu-se ao método da regressão linear múltipla com o método *enter* (opou-se por este método para o SPSS calcular todos os coeficientes da equação em estudo, conforme recomendado por Bryman & Cramer, 2003). Apresentam-se os resultados no Quadro 7.

Quadro 7

Efeito mediador dos traços depressivos da personalidade na relação entre a idade do trauma e o tipo de trauma e a sintomatologia depressiva – Regressão Linear Múltipla

Variáveis dependentes	Preditores	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Sintomatologia depressiva	Traços depressivos da personalidade	.02	.002	.74	12.66	.001
	Idade do trauma	-.09	.07	-.08	-1.37	.173
	Tipo de trauma (interpessoal vs. acidental)	-.004	.02	-.01	-.18	.861

A única variável preditora com resultados estatisticamente significativos foi a variável “traços depressivos da personalidade”, sendo que o modelo proposto explica 59% da variância da variável sintomatologia depressiva ($R = .77$; $R^2 = .59$; $SE = .54$; $F(3; 130) = 62.29$; $p < .001$). Neste modelo, o efeito direto das variáveis “idade em que ocorreu o trauma” e o “tipo de trauma (interpessoal e acidental)” deixou de ser significativo.

Assim, estes resultados mostram o efeito mediador da variável “traços depressivos da personalidade” na relação entre a idade no momento do trauma e a sintomatologia depressiva confirmando-se a hipótese 5.1, e na relação entre o tipo de trauma e a sintomatologia depressiva, confirmando-se a hipótese 5.2.

5. Discussão de Resultados

Com a presente investigação pretendeu-se explorar a relação entre o trauma e a presença e intensidade dos traços depressivos da personalidade e da sintomatologia depressiva. Apresenta-se, de seguida, a discussão dos resultados obtidos no capítulo anterior, em referência aos objetivos e hipóteses delineados no capítulo 2.

5.1 Trauma e Depressão

Os resultados mostram que o trauma, independentemente da sua tipologia e do momento em que ocorreu, está associado aos traços depressivos da personalidade e à sintomatologia depressiva. Por outras palavras, as pessoas com história de trauma apresentam traços depressivos da personalidade mais intensos e também manifestam maior severidade de sintomas depressivos, em comparação com as pessoas sem história de trauma, confirmando-se as hipóteses 1.1 e 1.2.

Estes resultados vão ao encontro de uma vasta investigação empírica que relaciona o trauma com a depressão (Ahl et al., 2017; Chapman et al., 2004; Fink, 2003; Gonzalez et al., 2012; Kessler et al., 2010; Kucharska, 2017; Laugharne et al., 2010; Norman et al., 2012; Raposo et al., 2014; Shapero, 2014; Smith et al., 2016; Springer et al., 2007; Tian et al., 2019; Vieira, 2018; Weich, 2009; Wiseman et al., 2015). Relevam-se os estudos em que a depressão pode constituir o principal diagnóstico pós trauma (Laugharne et al., 2010), pode aparecer em comorbilidade com a PTSD (Smith et al., 2016), ou pode estar associada ao trauma complexo (Vieira, 2018).

5.2 Idade no Momento do Trauma e sua Relação com a Depressão

Posteriormente, procurou-se compreender melhor a relação entre trauma e depressão, considerando a idade em que o trauma foi vivido. Os resultados mostraram que quanto mais precoce for a idade em que o trauma foi vivido, mais intensos são os traços depressivos da personalidade e maior é a expressão dos sintomas depressivos em adulto, confirmando-se as hipóteses 2.1 e 2.2.

O único estudo que se conhece que relaciona o modo como foi vivida a infância e o diagnóstico de perturbação de personalidade depressiva em adulto, é aquele realizado por

Huprich (2003a), observando-se concordância no sentido dos resultados encontrados no presente estudo.

Sobre a sintomatologia depressiva, os resultados são concordantes com aqueles encontrados em diversos estudos científicos (Chapman et al., 2004; Gonzalez et al., 2012; Infurna et al., 2016; Kessler et al., 2010; Norman et al., 2012; Raposo et al., 2014; Shapero, 2014; Springer et al., 2007; Tian et al., 2019; Weich, 2009). A depressão parece estar relacionada com as relações familiares disfuncionais entre pais e filhos e com o abuso na infância, de uma forma geral (Kessler et al., 2010; Norman et al., 2012; Raposo et al., 2014; Tian et al., 2019; Weich et al., 2009), com o abuso físico (Gonzalez et al., 2012; Springer et al., 2007) e com o abuso emocional, de uma forma específica (Infurna et al., 2016; Shapero et al., 2014).

Considerando a idade em que foram vivenciadas as experiências traumáticas, o grupo etário que apresentou maior psicopatologia depressiva compreende as idades entre 0 e 12 anos (estatisticamente significativo) e o grupo etário entre os 13 e 17 anos apresentou resultados intermédios (embora não estatisticamente significativo). Estes resultados estão na linha da psicologia do desenvolvimento, a qual postula que a formação da personalidade e bem-estar psíquico constitui um processo dinâmico, sendo determinantes os primeiros anos de vida (por exemplo, Erikson, 1950; Blatt & Luyten, 2009; Coimbra de Matos, 2014).

O quadro conceptual apresentado por Freud, em 1917, constitui uma hipótese teórica no sentido de compreender a razão das pessoas que sofreram trauma em idade mais precoce apresentarem valores mais elevados no que respeita aos traços depressivos da personalidade e à sintomatologia depressiva. De acordo com Freud (1917, citado por Ogden, 2004), poder-se-à observar uma regressão narcísica no sentido da identificação ao objeto abandonado no quadro da melancolia/depressão, nas pessoas que viveram experiências traumáticas nos primeiros anos de vida; ao contrário daquelas que sofreram trauma em idade mais tardia e por isso tiveram oportunidade de estabelecer relações objetais melhor definidas e evoluídas psiquicamente e, como tal, mais gratificantes.

Mais recentemente, Blatt apresenta um modelo de personalidade, de inspiração psicanalítica e baseado na proposta de Erikson, explicativo do desenvolvimento da psicopatologia, o qual reside na qualidade das relações interpessoais e na natureza das representações de objeto (Blatt & Maroudas, 1992). Este autor defende que, após os primeiros anos de vida, o indivíduo desenvolve uma determinada personalidade que vai mediar a

experiência subjetiva dos acontecimentos reais ao longo da sua vida (Blatt & Maroudas, 1992). Assim, mais uma vez, este quadro conceptual ajuda a compreender os valores mais elevados dos traços depressivos da personalidade e da sintomatologia depressiva das pessoas que sofrem traumas na fase inicial da sua vida.

5.3 Tipo de Trauma e sua Relação com a Depressão

De seguida, procurou-se conhecer qual a relação entre o tipo de trauma (trauma interpessoal vs. trauma accidental) e a presença e intensidade dos traços depressivos da personalidade e sintomatologia depressiva. Os resultados mostraram uma tendência para o trauma interpessoal estar relacionado com os traços depressivos da personalidade e com a sintomatologia depressiva, tendo-se confirmado parcialmente a hipótese 3.1 e confirmado a hipótese 3.2.

Não são conhecidos outros estudos que relacionem o trauma aos traços depressivos da personalidade, pelo que os resultados obtidos no presente estudo afiguram-se como novidade e vão no sentido de que as experiências traumáticas vividas nas relações interpessoais poderão desempenhar um papel essencial na intensidade dos traços depressivos da personalidade.

Diversos estudos apontam no sentido em que os traumas interpessoais constituem fatores de risco para a PTSD (Kelley et al., 2009; Lancaster et al., 2014; Silva, 2019; Smith et al., 2016) mas também para a depressão (Smith et al., 2016; Vieira, 2018). O abuso sexual constitui um dos tipos de trauma mais estudado e mais referenciado como potenciador de efeitos negativos na saúde mental, designadamente, no desenvolvimento de depressão (Kucharska, 2017).

5.4 Trauma e Depressão – Efeito Mediador dos Traços Depressivos da Personalidade

Primeiramente, pretendeu-se investigar a relação entre os traços depressivos de personalidade e a sintomatologia depressiva. Os resultados mostraram que as pessoas que revelam traços depressivos da personalidade mais acentuados também manifestam sintomatologia depressiva mais grave, tendo-se confirmado a hipótese 4. Estes resultados estão na linha da investigação apresentada por Huprich (2003a) e por Campos (2009).

Depois, procurou-se estudar o efeito mediador dos traços depressivos da personalidade na relação entre a idade em que foram vividos e as diferentes experiências traumáticas (trauma interpessoal e trauma accidental) e a sintomatologia depressiva.

Em primeiro lugar, observou-se que a idade no momento do trauma constitui o único fator estudado preditor da variância dos traços depressivos da personalidade e da variância da sintomatologia depressiva. Por outro lado, o tipo de trauma não teve qualquer efeito preditor na variância dos traços depressivos da personalidade e da sintomatologia depressiva.

Depois, verificou-se que os traços depressivos da personalidade constituem fator preditor na variância da sintomatologia depressiva e medeiam a relação entre: idade em que o trauma foi vivido e a sintomatologia depressiva e o tipo trauma (interpessoal vs. acidental) e a sintomatologia depressiva. Deste modo, confirmaram-se as hipóteses 5.1 e 5.2.

Os resultados obtidos podem ser lidos de acordo com o modelo conceptual compreensivo da depressão, de natureza biopsicossocial, proposto por Luyten e colaboradores (2006). Este modelo sugere que os fatores ambientais e genéticos, em interação entre si, levam à formação de dimensões de personalidade. A depressão é resultado da interação entre as dimensões da personalidade com os acontecimentos críticos (onde se inclui o trauma). Assim, as pessoas podem deprimir por muitas e variadas razões (por exemplo, razões genéticas, demográficas, clínicas, estilos parentais, experiências traumáticas), mas a depressão encontra-se sempre mediada pelas dimensões da personalidade.

Face à dificuldade teórica em distinguir determinadas características de personalidade de determinadas características dos sintomas depressivos, Campos (2009) defende que o essencial não é atender à relação entre personalidade e depressão, mas sim à continuidade do fenómeno depressivo. Concorde para esta ideia, a elevada correlação encontrada no presente estudo entre traços depressivos da personalidade e sintomatologia depressiva, parecendo que ambas as variáveis fazem parte de um todo – a dimensão depressiva da personalidade.

Observa-se assim que os resultados obtidos com a presente investigação contribuem empiricamente para o modelo apresentado por Campos (2009), que apresenta uma visão de espectro e etiológica da depressão. Nesta medida, os traços depressivos da personalidade parecem ser parte integrante da personalidade de “todos nós” que, perante determinados fatores de risco (e.g. trauma interpessoal, vivido na infância), poderão estar mais acentuados e como tal, expressarem-se de forma psicopatológica, designadamente através de sintomatologia depressiva.

Conclusão

O presente estudo visou investigar a relação entre trauma, traços depressivos da personalidade e expressão de sintomatologia depressiva, constituindo o primeiro estudo, que seja do nosso conhecimento, que relaciona estas três variáveis.

Os resultados mostraram que as pessoas que apresentaram experiência de acontecimento traumático (morte súbita violenta, ataque armado, ataque físico, violência sexual, morte súbita acidental, fogo ou desastre natural, doença ou ferimento com risco de vida) também tendem a revelar maior intensidade nos traços depressivos da personalidade e sintomatologia depressiva mais acentuada, em comparação com as pessoas que não apresentaram história de trauma.

Observou-se ainda que quanto mais precoce for a idade em que o trauma foi vivido, maior será a intensidade dos traços depressivos da personalidade e da sintomatologia depressiva. O tipo de trauma (interpessoal vs. acidental) poderá estar relacionado com os traços depressivos da personalidade e com a sintomatologia depressiva, mas carece de investigação futura.

No entanto, consideramos que os resultados mais interessantes deste estudo são os relativos ao papel dos traços depressivos da personalidade. Com efeito, encontrou-se um efeito mediador dos traços depressivos da personalidade na relação entre a idade que o trauma foi vivido e o tipo de trauma (interpessoal vs. acidental) e a expressão de sintomatologia depressiva.

Conclui-se assim que a componente depressiva da personalidade contribui para a compreensão do fenómeno depressivo, no sentido em que parece mediar entre a experiência de trauma e a idade em que foi vivido e o desenvolvimento da depressão.

Atendendo ao papel desempenhado pela personalidade depressiva na expressão de sintomas psicopatológicos, considera-se que o presente estudo contribui tanto para a identificação do perfil de pessoas que podem estar em risco de desenvolver depressão, como para a importância da psicoterapia e da exploração dos traços depressivos da personalidade para o alívio de sintomas e sobretudo para a mudança psíquica e, conseqüentemente, bem-estar psicológico. Além disso, face aos resultados relativos à idade do trauma, este estudo reforça a necessidade de implementação de programas de prevenção de maus-tratos na infância para se evitar o desenvolvimento de psicopatologia em adulto, nomeadamente, a depressão.

Não obstante, este estudo apresenta algumas limitações. A amostra é recolhida pelo método de conveniência, pelo que as variáveis sociodemográficas não foram controladas. As técnicas de recolha de informação foram baseadas em questionários de autorrelato, o que implica as questões da desejabilidade social. Em relação ao trauma, esta informação foi obtida através de pergunta aberta, o que, por um lado, traz a vantagem de permitir ao participante retratar a sua realidade, por outro lado, dificulta a uniformização dos resultados. Para além disso, pode acontecer que alguns participantes não tenham relatado os acontecimentos traumáticos, apesar de o terem vivido, uma vez que o trauma muitas vezes não é reportado pelos participantes (Fergusson, Horwood, & Woodward, 2000; Hardt & Rutter, 2004; Raposo et al., 2014; Springer et al., 2007). Quanto à variável depressão, medida através da dimensão da sintomatologia depressiva do BSI, não permite a inferência de que a sintomatologia apresentada corresponda ao diagnóstico de depressão.

Para futuras investigações, sugere-se a replicação do mesmo estudo junto de uma amostra clínica, para se poder comparar os resultados e perceber qual a expressão e relação do trauma e dos traços depressivos da personalidade numa amostra com diagnóstico definido. No que respeita à compreensão da fenomenologia da depressão, sugere-se investigação integrativa, que contemple o desenvolvimento humano, onde se combinam os domínios da genética, cognição e ambiente, bem como se estudam múltiplas variáveis (abordagem multiplicativa, em contraste com a abordagem adicional) ao longo do tempo junto de uma amostra representativa (estudos longitudinais com variáveis múltiplas), através de modelos conceptuais dinâmicos. Com efeito, há necessidade de se melhor compreender como o potencial individual diferencia os riscos a cada nível de análise, qual o modelo conceptual que melhor se aplica para determinado risco e em que estágio do desenvolvimento, e como as diferenças individuais se relacionam entre níveis de análise (no mesmo indivíduo, entre indivíduos e em que situações).

Referências

- Agtarap, S., Shelley, J., Bennett, M., Roden-Foreman, J. W., Rainey, E., Dome, M., & Warren, A. M. (2018). The role of depression and social support on readmission rates within one year of traumatic injury. *Health Psychology, 37*(9), 799–807. doi: 10.1037/hea0000590
- Ahl, R., Lindgren, R., Cao, Y., Riddez, L., & Mohseni, S. (2017). Risk factors for depression following traumatic injury: An epidemiological study from a scandinavian trauma center. *Injury, 48*(5), 1082–1087. doi: 10.1016/j.injury.2017.03.019
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Blatt, S. J., & Luyten, P. (2009). A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across life span. *Developmental and Psychopathology, 21*, 793-814. doi: 10.1017/S0954579409000431
- Blatt, S. J., & Maroudas, C. (1992). Convergences among psychoanalytic and cognitive-behavioral theories of depression. *Psychoanalytic Psychology, 9*(2), 157-190.
- Bryman, A., & Cramer, D. (2003). *Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows*. Oeiras: Celta Editora.
- Campos, R. C. (2009). *Depressivos somos nós. Considerações sobre a depressão, a personalidade e a dimensão depressiva da personalidade*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Campos, R. C. (2013). Conceptualization and preliminary validation of a depressive personality concept. *Psychoanalytic Psychology, 30*(4), 601–620. doi: 10.1037/a0033961
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado., M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Coord.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos Validados Para a População Portuguesa* (pp. 305-331). Coimbra: Quarteto.

- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217–225. doi: 10.1016/j.jad.2003.12.013
- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Naimark, B. (2007). Childhood abuse, adult health, and health care utilization: Results from a representative community sample. *American Journal of Epidemiology*, 165(9), 1031–1038. doi: 10.1093/aje/kwk113
- Coimbra de Matos, A. (2014). *A depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Direção Geral da Saúde, Relatório sobre depressão e outras perturbações mentais comuns, enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes (2017). <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society* (2end). NewYork: Norton.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Woodward, L. J. (2000). The stability of child abuse reports: A longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. *Psychological Medicine*, 30, 529–544. doi: 10.1017 / s0033291799002111
- Fink, K. (2003). Magnitude of trauma and personality change. *International Journal of Psychoanalysis*, 84(4), 985–995. doi: 10.1516/350U-FHQ2-RTDB-6HW8
- Fowler, J. C., Allen, J. G., Oldham, J. M., & Frueh, B. C. (2013). Exposure to interpersonal trauma, attachment insecurity, and depression severity. *Journal of Affective Disorders*, 149, 313–318. doi: 10.1016/j.jad.2013.01.045
- Gonzalez, A., Boyle, M. H., Kyu, H. H., Georgiades, K., Duncan, L., & MacMillan, H. L. (2012). Childhood and family influences on depression, chronic physical conditions, and their comorbidity: Findings from the Ontario Child Health Study. *Journal of Psychiatric Research*, 46(11), 1475–1482. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.08.004

- Groth-Marnat, G. (2003). *The handbook of psychological assessment* (4^a ed). New Jersey: John Wiley and Sons.
- Hammen, C. L. (2015). Stress and depression: Old questions, new approaches. *Current Opinion in Psychology*, 4, 80–85. doi: 10.1016/j.copsyc.2014.12.024
- Hankin, B. L. (2012). Future directions in vulnerability to depression among youth: Integrating risk factors and processes across multiple levels of analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(5), 695–718. doi: 10.1080/15374416.2012.711708
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260-273. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x
- Horwitz, A. V, Widom, C. S., McLaughlin, J., & White, H. R. (2001). The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: A prospective study. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 184-201. <https://www.jstor.org/stable/3090177>
- Huprich, S. K. (2003a). Depressive personality and its relationship to depressed mood, interpersonal loss, negative parental perceptions, and perfectionism. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 1-7. doi: 10.1097/01.NMD.0000050935.15349.44
- Huprich, S. K. (2003b). Testing facet-level predictions and construct validity of depressive personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 17, 219-232. doi: 10.1521/pedi.173.219.22149
- Huprich, S. K. (2012). Considering the evidence and making the most empirically informed decision about depressive personality disorder in DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(4), 470–482. doi:10.1037/a0027765
- Huprich, S. K., & Bornstein, R. F. (2007). Categorical and dimensional assessment of personality disorders: A considerations of issues. *Journal of Personality Assessment*, 89, 3-15. doi: 10.1080/00223890701356904

- Infurna, M. R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A., & Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 190, 47-55. doi: 10.1016/j.jad.2015.09.006
- Kelley, L. P., Weathers, F. W., McDevitt-Murphy, M. E., Eakin, D. E., & Flood, A. M. (2009). A comparison of PSPT symptom patterns in three types of civilian trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 22(3), 227–235. doi: 10.1002/jts.20406
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO world mental health surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378–385. doi: 10.1192/bjp.bp.110.080499
- Kucharska, J. (2017). Sexual and Non-Sexual Trauma, Depression and Self-Esteem in a Sample of Polish Women. A Cross-Sectional Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(1), 186–194. doi: 10.1002/cpp.1994
- Lancaster, S. L., Melka, S. E., Rodriguez, B. F., & Bryant, A. R. (2014). PSPT symptom patterns following traumatic and nontraumatic events. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 23(4), 414–429. doi: 10.1080/10926771.2014.893276
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1968). *Vocabulaire de la psychanalyse* (2^a Ed). Paris: Press Universitaires de France.
- Laugharne, J., Lillie, A., & Janca, A. (2010). Role of psychological trauma in the cause and treatment of anxiety and depressive disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(1), 25–29. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283345dc5
- Luyten, P., Blatt, S. J., Van Houdenhove, B., & Corveleyn, J. (2006). Depression research and treatment: Are we skating to where the puck is going to be? *Clinical Psychology Review*, 26(8), 985–999. doi: 10.1016/j.cpr.2005.12.003

- Maddux, R. E., & Johansson, H. (2014). A case of depressive personality disorder: Aligning theory, practice, and clinical research. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 117–124. doi: 10.1037/a0031680
- Mendes, V. (2016). *Trauma e sintomatologia depressiva*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Merikangas, K., Ames, M., Cui, L., Stang, P., Ustun, B., Von Korff, M., & Kessler, R. (2007). *Arch Gen Psychiatry*, 64(10), 1180-1188.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., Milne, B. J., Melchior, M., Goldberg, D., & Poulton, R. (2007). Generalized anxiety disorder and depression: Childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. *Psychological Medicine*, 37(3), 441–452. doi: 10.1017/S0033291706009640
- Monroe, S. M., Anderson, S. F., & Harkness, K. L. (2019). Life stress and major depression: The mysteries of recurrences. *Psychological Review*, 126(6), 791-816. doi: 10.1037/rev0000157
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), 1-31. doi: 10.1371/journal.pmed.1001349
- Ogden, T. H. (2004). Uma nova leitura das origens da teoria das relações objetais. *Livro Anual de Psicanálise*, XVIII, 85-98.
- Organização Mundial de Saúde (2019). *Suicide in the world. Global health estimates*. Retirado de <http://oemmnndcbldboiebfnladdacbfmadadm/https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?ua=1> em 25 de novembro de 2019.

- Pemberton, R., & Fuller Tyszkiewicz, M. D. (2016). Factors contributing to depressive mood states in everyday life: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 200, 103–110. doi: 10.1016/j.jad.2016.04.023
- Place, P. J., Ling, S., & Patihis, L. (2018). Full statistical mediation of the relationship between trauma and depressive symptoms. *International Journal of Psychology*, 53(2), 142–149. doi: 10.1002/ijop.12279
- Pordata. *Base de dados Portugal contemporâneo* (s.d.). Retirado de <https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+por+100+mil+habitantes-1987> em 19 de maio de 2020.
- Raposo, S. M., Mackenzie, C. S., Henriksen, C. A., & Afifi, T. O. (2014). Time does not heal all wounds: Older adults who experienced childhood adversities have higher odds of mood, anxiety, and personality disorders. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), 1241–1250. doi: 10.1016/j.jagp.2013.04.009
- Schmitz, N., Wang, J., Malla, A., & Lesage, A. (2007). A join effect of depression and chronic conditions on disability: Results from a population based study. *Psychosomatic Medicine*, 69(4), 332-338. doi: 10.1097 / PSY.0b013e31804259e0
- Shapero, B. G., Black, S. K., Liu, R. T., Klugman, J., Bender, R. E., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2014). Stressful life events and depression symptoms: The effect of childhood emotional abuse on stress reactivity. *Journal of Clinical Psychology*, 70(3), 209–223. doi: 10.1002/jclp.22011
- Silva, S. (2019). *Efeito do tipo de trauma sobre a sintomatologia pós-traumática*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Smith, H. L., Summers, B. J., Dillon, K. H., & Cogle, J. R. (2016). Is worst-event trauma type related to PSPT symptom presentation and associated features? *Journal of Anxiety Disorders*, 38, 55–61. doi:10.1016/j.janxdis.2016.01.007

- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuoc, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population based sample of men and women. *Child Abuse Neglect*, 31(5), 517–530. doi:10.1016/j.chiabu.2007.01.003
- Tian, F., Meng, S. S., & Qiu, P. (2019). Childhood adversities and mid-late depressive symptoms over the life course: Evidence from the China health and retirement longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 245, 668–678. doi: 10.1016/j.jad.2018.11.028
- Vieira, S. (2018). *O trauma complexo e a sua expressão sintomatológica*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Weich, S., Patterson, J., Shaw, R., & Stewart-Brown, S. (2009). Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *British Journal of Psychiatry*, 194(5), 392–398. doi: 10.1192/bjp.bp.107.042515
- Wiseman, T. A., Curtis, K., Lam, M., & Foster, K. (2015). Incidence of depression, anxiety and stress following traumatic injury: A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23(1), 1–9. doi: 10.1186/s13049-015-0109-z
- Wu, X., Kaminga, A. C., Dai, W., Deng, J., Wang, Z., Pan, X., & Liu, A. (2019). The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 243, 408–415. doi: 10.1016/j.jad.2018.09.023